



# 知床らうす国保診療所からのお知らせ



**インフルエンザの予約申込は、9/20(火)から開始します。**

(11月予約は、10/20(木)から予約開始)

**接種開始** 10月接種は、10/3(月)～

**電話受付** 15:00～17:00

**FAX 受付** 随時受付 後日接種確定日をご連絡いたします。

\*定期的に受診されている方は、受診の際に予防接種を行うことができます\*

10月

日	月	火	水	木	金	土
						1
2	3 午前 午後	4	5 午前 午後	6	7 午前 午後	8
9	10	11 午前 午後	12 午前 午後	13 午前 午後	14 午前 午後	15
16	17 午前 午後	18 午前 午後	19	20 集団	21 集団	22
23	24 午前 午後	25 午前 午後	26 午前 午後	27 午前 午後	28 午前 午後	29
30	31 午前 午後					

### 料金 (今年度より変更あり)

65歳以上の町民の方…1,500円

13歳～64歳の方……… 3,500円

13歳未満の方………1回 3,000円

(2回接種)

生活保護受給の方は、保健福祉課発行の  
受診券で無料となります。

“ご自宅で体温を測定してきて下さい。”

**外来接種** 平日 午前 8:30～11:00 各5名

午後 14:00～16:00 各5名

**集団接種** 10/20(木) 午後のみ、10/21(金) 午前・午後

診療所3階 食堂 (受付時間) 午前 8:30～11:00 各60名

(受付時間) 午後 14:30～16:00 各60名

※救急患者様の対応で待ち時間が生じる場合がありますのでご了承ください。

予約・お問い合わせ：知床らうす国保診療所

TEL 87-2116

FAX 87-3550

## インフルエンザ接種予約申込書 (FAX兼用)

住所	目梨郡羅臼町 町		
連絡先	電話番号	( )	—
	携帯電話	—	—

1	申込者	ふりがな		診察券番号	
		氏名			男・女
		生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 ( 歳)
2	申込者	ふりがな		診察券番号	
		氏名			男・女
		生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 ( 歳)
3	申込者	ふりがな		診察券番号	
		氏名			男・女
		生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 ( 歳)
4	申込者	ふりがな		診察券番号	
		氏名			男・女
		生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 ( 歳)
5	申込者	ふりがな		診察券番号	
		氏名			男・女
		生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 ( 歳)
6	申込者	ふりがな		診察券番号	
		氏名			男・女
		生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 ( 歳)
※	接種希望日	第一希望	月	日	希望日の記入がない場合 受付いたしません。
		第二希望	月	日	
		第三希望	月	日	

※ 全て正確に記入してください。誤りがある場合は予約できないこともあります。

※ 連絡先が同じ方のみ連名で記入してください。

※ 連絡先が異なる場合は、連絡先ごとに別の用紙に記入してください。

※ 接種日には、申込者以外の方への接種はできません。

**インフルエンザ予約専用FAX 87-3550**

**お掛け間違いのないようご注意ください。**